

弾性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月 日
診 断 名			
手術年月日	昭和・平成	年	月 日
患 肢	右上肢・左上肢・右下肢・左下肢		
弾性着衣等の種類	ストッキング・スリーブ・グローブ・包帯		
着圧指示	mmHg		
特記事項			

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

平成 年 月 日

医療機関所在地

名 称

電話番号

医 師 氏 名

【記載上の注意】

- 1 各欄に記載または該当項目に をしてください。
- 2 「手術年月日」欄について、他院で手術を行った等の理由により詳細な日付は判らない場合は、「何年何月頃」と記載してください。
- 3 「患肢」及び「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記載してください。
- 4 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を支持する理由を「特記事項」欄に記載してください。
- 5 「着圧指示」が 30 mm Hg 未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載してください。